

Kortversjon av tittel: **IPLOS som kartleggingsverktøy**

# Hvordan forstås og praktiseres IPLOS-kartlegging?

En kvalitativ studie i helse- og omsorgstjenesten i en kommune

Jorunn Bjerkan<sup>1</sup>, Une L. Hallem<sup>2</sup>, Hildfrid V. Brataas<sup>1,3</sup><sup>1</sup>Nord universitet, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Levanger.<sup>2</sup>Verdal Kommune, Verdal.<sup>3</sup>Senter for omsorgsforskning, Midt-Norge, Steinkjer.Korresponderende forfatter: Jorunn Bjerkan: [jorunn.bjerkan@nord.no](mailto:jorunn.bjerkan@nord.no)

## Sammendrag

Bakgrunn: Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenester (IPLOS) er et nasjonalt helseregister.

Kommunehelsetjenesten er fra 2006 pålagt å kartlegge bistandsbehov hos alle som søker om, eller mottar pleie- og omsorgstjenester. I 2012 gjennomførte en kommune i Midt-Norge dialogseminar og undervisning om fire IPLOS-variabler som ansatte hadde rapportert som særlig vanskelige å kartlegge. Hensikten med denne studien var å belyse hvordan IPLOS-kartlegging forstås og praktiseres blant personell som deltok på seminaret. Metode: Fortolkende kvalitativ studie med data fra tre fokusgrupper gjennomført tre – fire måneder etter seminaret.

Resultater: Tema «IPLOS-kartlegging som utfordrende praksis» omfatter to undertema: Undertema «Læring og forståelse» omhandler seminar som læringsarena, kvalitet i IPLOS-registreringen, og vanskelige variabler. Undertema «Praktisering av IPLOS-kartlegging» omhandler plikt til kartlegging, tid til kartlegging, og samarbeid om kartlegging.

Konklusjon: Undersøkelsen peker på et klart behov for tilrettelegging for ansattes erfaringslæringsprosesser over tid. Det er også behov for mer forskning om effektiv kartlegging, og for videreutvikling av helse- og omsorgssektoren som læringsarena.

## Nøkkelord

Helsetjeneste, individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenester, kartleggingskompetanse, kartleggingspraksis, kvalitativ studie.

## Summary

Background: Individual-based statistics for nursing and care (IPLOS) is a national health registry in Norway. Municipal health services are from 2006 imposed to map assistance needs of all individuals applying for or receiving services. In 2012, one municipality conducted seminars about variables the employees reported challenging to map. The purpose of this study was to elucidate understanding and practice of IPLOS mapping among personnel who have participated in seminars on four IPLOS variables considered difficult to map.

Method: Interpretive qualitative study based on data from three focus groups conducted three to four months after the seminars.

Results: The theme, "IPLOS mapping as challenging practice", includes two sub-themes. Sub-theme "Learning and understanding" deals with seminar as an arena for learning, quality in IPLOS registration, and difficult variables. Subtheme "Practicing IPLOS mapping" deals with the obligation to map, time to do the mapping, and cooperation on mapping. IPLOS mapping quality was difficult, but endeavored. Follow up after seminars was missing.

Conclusion: Findings point out personnel's need of experiential learning processes over time, thus recommended facilitated. There is a need for more research on effective assessment. Further, there is a need for development of primary care as an arena for learning.

## Keywords

Health services, Individual-based statistics for care services, mapping competence, mapping practice, qualitative study

## Innledning

Denne studien var utformet for å belyse hvordan helsepersonell i en norsk kommunal helse- og omsorgstjeneste forstår IPLOS-registeret og praktiserer IPLOS-kartlegging. IPLOS (individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenester) er et nasjonalt register med formål å samle inn og behandle data fra kommunene om personer som har søkt eller mottar helse- og omsorgstjenester. Registeret skal gi systematisk kunnskap om søkere/tjenestemottakeres bistandsbehov, dette som et bidrag til overvåking, kvalitetssikring, planlegging, utvikling og overordnet styring av helse- og omsorgstjenesten sentralt og lokalt (Helsedirektoratet, 2015). IPLOS-registeret er utviklet i løpet av de siste par desennier (Helsedirektoratet, 2015; Vabo, 2014). IPLOS er utviklet med basis i internasjonalt anerkjente funksjonsmål og WHO sitt klassifiseringssystem for funksjon, sykdom og helse, ICF (Romøren, 2001; WHO, 2001). Kartlegging og innrapportering fra kommunene til registeret ble pålagt tatt i bruk fra og med 2006 (Helsedirektoratet, 2015). IPLOS-registeret inneholder data basert på kartlegging av hver enkelt tjenestemottaker, og omfatter 16 bistandsvariabler med tilhørende skårverdier; jfr. Tabell 1.

**Tabell 1. IPLOS bistandsvariabler og skår-inndeling**

Bistandsvariabler:	Skår-inndeling:
Alminnelig husarbeid	
Skaffe seg varer og tjenester	
Personlig hygiene	
På- og avkledning	
Toalett	Skår 1: Utgjør ingen problem/utfordring
Spise	Skår 2: Ikke behov for bistand/assistanse
Bevege seg innendørs	Skår 3: Middels behov for bistand/assistanse
Bevege seg utendørs	Skår 4: Store behov for bistand/assistanse
Ivareta egen helse	Skår 5: Fullt bistands/assistansebehov
Hukommelse	Skår 9: Ikke relevant
Kommunikasjon	
Beslutninger i dagliglivet	
Sosial deltagelse	
Styre adferd	
Syn	Skår 1: Ser eller hører godt/ har ingen problemer
Hørse	Skår 2: Noe redusert syn/hørse
	Skår 3: Dårlig syn/hørse
	Skår 4: Svært dårlig syn eller hørse
	Skår 5: Blind eller døv
	Skår 9: Ikke relevant

Innføringen av IPLOS innebar at helse- og omsorgstjenesten i kommunene skulle ta i bruk IPLOS-registeret og kartlegge alle tjenestemottakerne. For helsepersonellet innebærer IPLOS-kartlegging en ny aktivitet som må læres og tillempes i den tradisjonelle praksishverdagen. IPLOS-kartlegging med skåring av variabler er annerledes enn sykepleiens tradisjonelle fremgangsmåte ved vurdering og dokumentasjon av pasientenes pleiebehov og ressurser. Sykepleietjenesten i Norge har tradisjonelt lagt en problemløsende metode til grunn (Dahl & Skaug, 2011). Problemløsende metode i sykepleie kan beskrives som fem faser; datasamling, identifisering av pasientens behov for sykepleie, sykepleiens mål, tiltak/sykepleiehandlinger og evaluering av måloppnåelse. Data, tiltak og evaluering av sykepleien er fra 1960-tallet dokumentert som fritekst eller kombinasjoner av fritekst og standardisert tekst (op.cit.). Dokumentasjonspraksisen har variert. Utviklingsarbeid med sikte på høyning av dokumentasjonens kvalitet er etterspurt (Arnlind et al., 2001; Engarås & Hanson, 2005; Vee &

Hestetun, 2009). En nyere norsk studie viste at sykepleiere oftest dokumenterer kronologisk basert i fritext (Naustdal & Nettelund, 2012). Det kan tyde på at dagens sykepleie- og omsorgspersonell bruker mye skjønn som grunnlag for daglige dokumentasjonen i pasientjournalssystemene.

Til sammenligning innebærer den nye praksisen med IPLOS-kartlegging at bistandsbehov vurderes med gradering ut fra en nominalskala og dokumenteres på skåringsverdier for gitte variabler. Dersom IPLOS-registeret skal gi relevant kunnskap om de kommunale helse- og omsorgstjenestene, må de som registrerer ha en mest mulig entydig forståelse av hva som ligger i den enkelte opplysningen som kartlegges (Helsedirektoratet, 2015). En ny oppgave i praksis fordrer tilsvarende kompetanse (Lai, 2004). Den må tilegnes som forutsetning for å utføre kartleggingen. Profesjonell kompetanse innebærer integrering av kunnskaper, ferdigheter og holdninger, og tilegnes gjennom læring og øving (Brezinka W, 1988). Personellens tilegnelse av kompetanse i å kartlegge innebærer læring om IPLOS, transformering av teori og erfaring, og modifisering av ferdigheter (Kolb, 2014). Som hjelp i tilegnelse av kartleggingskompetanse, har Helsedirektoratet utviklet veileder for IPLOS-kartlegging og e-læringskurs om kartleggingsmetoden (Helsedirektoratet, 2014). Læring som fører til endret praksis forutsetter også positive holdninger til endring, hevder Kaufmann & Kaufmann (2009).

Forståelse av IPLOS-kartlegging og tilegnelse av kompetanse for å utøve ny kartleggingspraksis kan betraktes både som individuelle læreprosesser og prosesser der ny kunnskap skapes gjennom samarbeid (Paavola, Lipponen, & Hakkarainen, 2004). Kunnskap som utvikles er personlig, men også intersubjektiv, utviklet i et sosialt forståelsesfellesskap med andre på arbeidssstedet (Guldbrandsen, 1996). På hvert arbeidsssted har man fra før etablert noen kulturelt innrettede handlemåter i blant annet kartleggings- og dokumentasjonssituasjoner (Gordon, Benner, & Noddings, 1996). Mønster eller typiske måter å tenke og handle på innen en arbeidslivskultur, betegner Bruner som «praxis» (Bruner, 1990). «Praxis» innebærer å gjøre det som forventes, selv om man ikke har full forståelse for tenkningen som ligger bak handlingsstrategier som forventes (Bruner, 1990). Man har tradisjoner, eller «praxiser». IPLOS-kartlegging skal innføres som en ny aktivitet i de etablerte «praxiser». Ut fra en ledelsesbetragtning, er en forutsetning for å lykkes med innføring av en ny praksis i en etablert «praxis» at ledelsen er visjonær og realistisk, vekker ansattes motivasjon og legger til rette for læreprosesser i organisasjonen (Senge, 2006; Senge et al., 1999).

For å sikre korrekt datagrunnlag for IPLOS-registeret trengs tilstrekkelig kartleggingskompetanse hos de som kartlegger. Det er behov for kunnskap om hvorvidt og hvordan man lykkes med ulike fremgangsmåter for denne kompetanseutviklingen. En spørreundersøkelse til ansatte i en kommune i Midt-Norge viste at fire IPLOS-variabler ble oppfattet som vanskeligere å kartlegge enn andre: 1) Ivareta egen helse, 2) Beslutninger i dagliglivet, 3) Sosial deltagelse og 4) Styre adferd. De fire variablene ble gjort til gjenstand for undervisning og drøfting på dialogkaféseminarer (Hallem, Bjerkan, & Brataas, 2012).

Hensikten med denne studien var å belyse hvordan IPLOS-kartlegging forstås og praktiseres blant personell i denne kommunen som har fått opplæring på variabler de har oppfattet som særlig vanskelig å kartlegge.

## Metode

Det ble gjennomført en kvalitativ beskrivende og fortolkende studie om deltakernes forståelse og praksis med IPLOS-kartlegging, tre til fire måneder etter deltakelse på dialogkaféseminarer. Fokusgrupper ble valgt ved datasamlingen. Fokusgrupper er egnet til å få kunnskap om deltakererfaringer gjennom utdyping og diskusjon mellom fokusgruppedeltakere om et tema eller en virksomhet (Asbury, 1995; Brataas, 2001; Kruuse, 2007). Det ble benyttet samtaleguide med spørsmål om kartleggingspraksis og forståelse av IPLOS, før, under og i tiden etter intervensjonen. En moderator introduserte temaene i fokusgruppene og la til rette for erfaringsberetning og dynamisk interaksjon mellom deltakerne. En forsker assisterte. Dette for å sikre at alle spørsmål i guiden ble tatt opp, og at relevant informasjon som kom frem, ble utdypet og diskutert. Assistenten oppsummerte, og deltakerne ble oppfordret til å korrigere eller tilføye informasjon dersom noe var ansett som uklart eller utelatt.

## Utvalg

Utvalget var informasjonsrikt og homogent (Polit & Beck, 2013) i betydning at informanter var sykepleiere og hjelpepleiere i helse- og omsorgstjenesten i den aktuelle kommunen, og arbeidet med IPLOS-kartlegging. Et inklusjonskriterium var dessuten at de hadde deltatt på minimum to av tre dialogkaféseminarer. Det ble satt sammen tre fokusgrupper, dette for å få et datamateriale som ga fullverdig oversikt over deltakernes forståelse og praksiserfaringer (Greenbaum, 1998).

Det ble delt ut informasjonsskriv fra forskerne med forespørsel om deltakelse i forkant av intervjuene. I tillegg informerte avdelingsledere muntlig om studien. Avdelingslederne sto for den praktiske utvelgelsen av personell som ble forespurt om å delta på intervjuene. Personell som fylte inklusjonskriterier og som var på jobb de tre dagene som var satt av for å foreta intervju, ble forespurt.

I tre fokusgrupper var det til sammen 15 ansatte, derav seks sykepleiere og ni hjelpepleiere - de fleste fra institusjon - og to ansatte fra hjemmebasert omsorg. Det var fire deltakere på én gruppe, fem deltakere på én gruppe og seks deltakere på én gruppe.

## Forskningsetikk

Det ble telefonisk konferert med NSD, Personvernombudet om studien, som ga muntlige avklaringer på at det ikke var aktuelt å opprette deltakerregister. Det ble informert skriftlig fra forskerne og muntlig fra leder av intervensjonen om hva deltakelse innebar, at resultater ville bli anonymisert, og at det var frivillig å delta på fokusgruppeintervju. Skriftlig samtykke ble underskrevet av deltakerne på intervjudagen. Intervjuer ble tatt opp på digital lydopptaker. I presentasjonen av resultatene er materialet aidentifisert og fokusgruppenummer og deltakerreferanser fjernet. Under transkribering av materialet ble deltakere benevnt ved hjelp av tallkoder, ikke navn. Lydopptak ble slettet etter transkribering.

## Analyse

Utskrifter av intervjuer ble analysert manuelt ved hjelp av kvalitativ tematisk analyse (Graneheim & Lundman, 2004). Metoden resulterte i identifisering av tema og kategorier som gjenspeiler deltakernes forståelser og praksis med IPLOS-kartlegging. Analysen begynte med grundig lesing av utskrifter av hvert intervju. Oppmerksomheten var rettet mot hva som var sak-til-sak-grunnlaget i materialet: Hva dreide samtalene i intervjuene seg om? Under den innledende lesingen ble det gjort markeringer i margen og notert tanker om problemstillinger, og hva som opptok informantene. Denne innledende analysen ble diskutert i forskergruppen: Hva var deltakernes budskap om forståelse og praksis med IPLOS-kartlegging, og hvordan var de ulike forskernes forståelse av datamaterialet? Flere forskere identifiserte innhold i datamaterialet som helhet. Denne innledende fasen la grunnlag for en rik dataanalyse (Smith & Osborn, 2008). Neste steg var tematisk analyse der tema, undertema og kategorier ble identifisert (Graneheim & Lundman, 2004). Materiale fra fokusgruppe én ble analysert, og deretter fokusgruppe to og tre. Temaene trådte frem fra datamaterialet som helhet. For å få oversikt over analysen ble det benyttet tabellarisk oversikt over tema, undertemaer og eksempler på samtaletekst eller kondensert meningsinnhold i datamaterialet. Funn er fortolket i relasjon til studiens hensikt og teoretiske perspektiv.

## Resultater

Overbyggende tema fra den tematiske analysen var «IPLOS-kartlegging som utfordrende praksis».

Overbyggende tema har følgende undertemaer:

- a) Læring og forståelse
- b) Praktisering av IPLOS-kartlegging.

Eksempler fra analysen av intervjumaterialet er vist i Tabell 2.

**Tabell 2. Tema og undertema med kategorier og eksempler på tekst**

Overbyggende tema: IPLOS-kartlegging som utfordrende praksis		
Undertema	Kategorier	Teksteksempler/Kondensert tekst
Læring og forståelse	Seminar som læringsarena	Det kom tydelig frem hva som var hensikten med kartleggingen. Seminar var en «tungvint» måte å lære på. Oppfølging etter seminaret var savnet.
	Kvalitet i IPLOS-registreringen	Forståelse gir kvalitet. Pasientmedvirkning er vanskelig. Det blir en del «synsing».
	Vanskelige variabler	Variabler fortolkes ulikt. Pasienttilstander er ikke stabile, og de er vanskelig å tallfeste.
Praktisering av IPLOS-kartlegging	Plikt til kartlegging	Tilstreber kartlegging én gang per måned. Burde kartlegge oftere.
	Tid til kartlegging	Vanskelig å finne tid og rom. IPLOS-kartlegging er ikke innarbeidet som rutine.
	Samarbeid om kartlegging	To og to kolleger kartlegger sammen. Diskuterer variabler og skår-verdier.

## Læring og forståelse

Undertema «Læring og forståelse» omfattet tre kategorier: Seminar som læringsarena, Kvalitet i IPLOS-registreringen, Vanskelige variabler.

En kategori var «Seminar som læringsarena». Informantene fortalte at de etter seminaret «tenker over ting» og «reflekterer over temaer vi hadde på seminaret». Deltakernes syn på seminarets betydning for læring og dermed praksis varierte. Noen fremhevet at formålet med IPLOS-kartleggingen kom tydelig frem under seminaret; «Det kom jo tydelig fram da, hva som var målet med kartleggingen». Andre ga uttrykk for at de hadde gjort endringer på sin praksis, «i det minste med hensyn til noen variabler». De hadde hatt noen a-ha-opplevelser, men det var vanskelig å huske konkret nå i ettertid. Under seminaret hadde det kommet frem synspunkter om kartlegging som ikke kom frem i en travel hverdag. Andre var skeptiske til læringseffekten. Undervisningen kunne vært mer konkret. Dialogopplegget var en «tungvint» måte å lære på.

Deltakerne savnet oppfølging etter seminarene og hadde tanker om hvordan oppfølgingen kunne vært gjort; «Det kunne kanskje vært tatt opp på avdelingsmøtene? For da er vi jo samla ganske mange».

## Kvalitet i IPLOS-registreringen

IPLOS-kartlegging var oppfattet primært å skulle brukes i vurdering av omsorgs- og bemanningsbehov og prioritering av hjelpetiltak. En hensikt var å bedømme omfanget av pleie:

*Inntaksnemnda bruker vel, eller skal i hvert fall begynne å bruke IPLOS, for å se litt hvordan funksjonsnivået er, og hvilket hjelpebehov som trengs, hvem som trenger det mest ... det har vært sagt at det er viktig å registrere i forhold til det, da*

Informantene var kritiske til anvendbarheten av kartleggingen; den kunne passe å bruke for noen pasienter, men ikke generelt for alle pasienter. På spørsmål om IPLOS var pålitelig som register, var svarene «det tviler jeg på».

En annen utfordring var at det er mer pasientautonomifokus nå enn tidligere. Et eksempel fra dialogen i fokusgruppe én, illustrer dette:

- *Men tenk deg da, hvis det kommer noen hit som er vant til å innta frokosten aleine, stille og rolig, og så skal de plutselig på død og liv inn på stua sammen med de andre? Tidligere var det jo sånn. Da må de heller få lov til å sitte inne på rommet sitt*
- *Det er vi jo borte fra.*
- *Mange trives i sitt eget selskap. Det er veldig individuelt, ingen er like. Og det er jo bra.*

Informantene diskuterte pasientens medbestemmelse ut fra informasjon de hadde lest seg til i IPLOS-veilederen: «I følge de heftene, så trenger de jo ikke svare på de spørsmålene de ikke ønsker å svare på». Praktisering av pasientmedvirkning i tråd med informasjonen i IPLOS-veilederen var ansett som vanskelig. Å samtale med pasienter om det som var kartlagt kunne være vanskelig: «Men mange kan man ikke det med, - man handler på vegne av dem».

Informantene hadde betenkeligheter rundt muligheten for pasientmedvirkning i kartleggingen. De kjente på utfordringer med å bedømme andre mennesker som ikke hadde mulighet til å gripe inn selv, og ikke visste at de ble kartlagt:

- *I noen tilfeller syns jeg nærmest det er et overgrep når man sitter og skriver om folk sånn*
- *Jeg tror ikke de har blitt spurt. Det blir bare registrert ut fra det vi sitter med av opplysninger og erfaringer.*

### Vanskelige variabler

Kartleggingsoppgaven ble oppfattet som vanskelig: «Det blir jo en del synsing». Variabler ble fortolket ulikt av de som gjennomførte kartleggingen. Som eksempel kunne behov med hensyn til «å bevege seg utendørs» bli vurdert som et kognitivt problem av noen ansatte, mens annet personell kunne oppfatte denne variabelen som kartlegging av fysiske bevegelsesproblem. Her kan noen deltakerne ha misforstått hva IPLOS går ut på, nemlig å vurdere behov for assistanse uansett årsak. Denne variabelen var ikke en av de fire som var utpekt som spesielt vanskelig før intervensjonen.

Kartlegging av behov hos personer med demens ble oppgitt til å være aller vanskeligst. Et utdrag fra diskusjonen mellom deltakere i fokusgruppe to illustrerer betenkn timer, usikkerhet og ulike oppfatninger som ligger til grunn for deres kartleggingspraksis:

- *For når vi trykker på skåringene så står det «om de trenger bistand og assistanse». Og hun som drar ut (av huset) hele tida har veldig behov for assistanse når hun går ut*
- *Jeg vet ikke, det kan bli vanskelig ja*
- *Hva gjør dere på X posten da?*
- *Ja si det; - vi prøver å snu dem (pasientene)*
- *Jo, men hvordan skårer dere?*
- *Vanskelig å svare på –*
- *Dette er håpløst, syns jeg*
- *Kan ikke slippe han ut helt aleine*
- *Men samtidig har han jo rett til å dra ut. Det er ikke lov å stenge dem inne*
- *Da trenger han bistand*
- *Jeg mener vi må ut og prøve å få han inn igjen ja. Men...Så står det i forskrift om heldags institusjoner og beboere at de skal opprettholde sin normale livsstil og døgnrytme mest mulig. Så han vil ut å gå han. Og hvor mye bistandsbehov trenger han da?*
- *Jeg vet ikke – personlig assistanse må settes på han, tror jeg*
- *Det er derfor vi har denne diskusjonen, vi er to som mener det motsatte. Jeg mener at så lenge vi må bruke tid og ressurser på å hjelpe den personen, så har han et behov ... så det er klart at han har behov for bistand. Så jeg tar det med, det kognitive når jeg kartlegger*
- *Og da blir det scora fem, eller fire, eller fem for fullt behov?*

- *Ja, fire, tre – fire, ikke fullt behov nei, da hadde vi måttet vært ved den pasienten hele tida.*

I forhold til arbeid med demente, mente informantene at de ikke fikk frem hvor mye hjelp disse pasientene trengte gjennom IPLOS-skåringen. Vurderinger om pasientenes behov og rettigheter, og hva som ivaretok dem, innebar sammensatte og vanskelige vurderinger.

Informantene tok *også opp språklige barrierer*: «Vi bruker ikke det språket». En gruppe forklarte at de hadde IPLOS-veilederen ved siden av seg når de kartla, og slo opp midt i veilederen på variabeloversikten. De var ikke fortrolige med IPLOS sine betegnelser på variabler og verdier. Disse ble heller ikke benyttet i andre skriftlige eller muntlige rapporter i pasientomsorgen.

### Praktisering av IPLOS-kartlegging

Tre kategorier som betegner dette undertemaet er «Plikt til kartlegging», «Tid til kartlegging», og «Samarbeid om kartlegging».

#### Plikt til kartlegging

IPLOS-kartlegging er en oppgave informantene oppga som pålagt, og de hadde mål om å gjennomføre den i sin arbeidshverdag:

*- Vi har mål om å få gått gjennom en gang pr måned for hver beboer (fokusgruppe én-deltaker)*

*Vi setter det på dagsorden en gang i måneden. ... En gang i måneden skal vi gå i gjennom alle brukerne, og hvis det skjer noen endringer må vi prøve å huske det etter hvert (fokusgruppe tre-deltaker).*

Pasientgrunnlaget var endret i de senere årene; «Nå er de generelt dårligere når de kommer inn på et sykehjem mot hva de var før, så det er helt andre utfordringer på et vis». Dette medførte sammensatte behov og ustabile pasientsituasjoner som var utfordrende både med hensyn til å kartlegge korrekt til enhver tid og det å kartlegge ofte nok ved til endringer.

#### Tid til kartlegging

Å få tid til å få gjennomført kartlegging var en utfordring, og flere ga uttrykk for at de ikke var flinke til å *kartlegge ofte nok*: «Tida kan være der, det er bare det at vi kobler det ikke inn, for å si det slik». Det var ikke satt spesiell av tid for den nye oppgaven. Nye rutiner for når i løpet av arbeidsdagen, eller når i arbeidsuka det skulle arbeides med IPLOS-kartlegging, var ikke etablert og innarbeidet.

Pasientenes behov eller funksjonsnivå var ikke faste og stabile, men kunne variere under korte tidsperioder. På en avdeling hadde noen begynt å bruke det såkalte 'ni-møtet' på morgenen til blant annet å diskutere kartlegging av endringer: «Vi tar det på 'ni-møtet' da, og så er det en som noterer ... Det gjelder jo ikke alle brukerne ... Men den brukeren som har ei forandring, da, at vi noterer den».

Kartlegging var ikke innarbeidet som en sedvanlig del av oppgavene i hverdagen. Det mente informantene kunne hemme kartleggingspraksisen: «Det har nok mye å si å få det inn som en vane». De kunne tenke at de burde kartlegge, men når det ble litt ledig tid, så «glemte» de det.

#### Samarbeid om kartlegging

Resultatet viser at informantene samarbeidet om behovsvurderinger og scoringer. Det kom frem i alle tre fokusgrupper at man fortrinnsvis var to som gjennomførte IPLOS-kartleggingen sammen. De mente vurderinger ble bedre når to kartla, og dessuten var det nyttig å være to for å få frem helhetsbildet, og om noe var oversett: «Det skal være rettferdig». Slik forklarte en informant fremgangsmåten de brukte når de kartla:



*Du må jo gå inn på data og «ta opp» pasienten. Så bruker jeg å se gjennom hva slags skår han har fra før, - om det har kommet noen endringer. Og er pasienten stabil nå, så gjør vi ikke noe, da legger vi ikke til noe nytt. Men hvis det har skjedd noen endringer nå, så må vi inn og endre. Og har pasienten måttet ha mer hjelp i det siste ... så får jo han en lavere skår på det. Så fyller vi ut, og så er det greit.*

Skårverdier var vanskelig å bestemme. De to som kartla kunne komme frem til ulike skårverdi: «Så vi vurderer forskjellig, men det er jo aldri mer enn et hakk, da». Altså kunne de skille mellom to variabelverdier. Kom de ikke frem til enighet om en skårverdi, hendte det at de var tre som vurderte hva som var «rett» verdi. De sammenlignet med tidligere skåringer og brukte sine erfaringer som grunnlag for å bestemme skårverdi. Pasientenes dagsform og hyppige endringer ble ikke kartlagt. Man forsøkte å finne et «gjennomsnitt».

## Diskusjon

Våre funn viser at seminar som læringsarena førte til økt bevissthet om IPLOS-kartlegging. Ansatte ga uttrykk for at de forsto formålet med kartlegging bedre etter seminarene. Oppfatninger om betydning av seminarene for praksis varierte i midlertid fra å ha fått mer forståelse til å antyde noen endringer deltakerne ikke kunne konkretisere nærmere. Dette samsvarer med resultater i rapport om prosjektet (Hallem et al., 2012).

Oppfølging etter dialogseminarene var savnet. Organisasjonens ledere har et særlig ansvar for å utvikle en kultur for læring, motivasjon og endringsdyktige medarbeidere, og skape arenaer for læring, kommunikasjon og informasjonsutveksling i det daglige arbeidet (Senge et al., 1999). Vi avdekket et behov for videreutvikling av helse- og omsorgssektoren som læringsarena.

Kvalitet i IPLOS-registreringen dreide seg om de ansattes forståelse av den, som forutsetning for kvalitet på kartleggingen. Det dreide seg også om pasientmedvirkning, og det å kartlegge «på vegne av» pasienter som sannsynligvis selv ikke hadde forutsetninger for en reell medvirkning. For å kartlegge så «rettferdig» som mulig, beskrev deltakerne kartlegging der de to og to sammen diskuterte hvilken skårverdi som kunne anses som passende på den enkelte variabel.

Ansatte mente kartlegging av og til hadde preg av synsing, og hadde betenkeligheter i forhold til mangel på pasientmedvirkning i kartleggingsprosessen. Det kan se ut til at ansatte erfarte faglige og etiske dilemmaer. De opptrådte pliktoppfyllende for å utføre en kartleggingsoppgave og var kritiske til at data ikke fremkom gjennom informasjonsutveksling med pasienten. IPLOS skal i prinsippet ivareta pasientmedvirkning (Forskrift om IPLOS-registeret, 2006; Helsedirektoratet, 2015). Pasientmedvirkning, og det at noen pasienter har redusert evne til å involveres, er forhold som ikke gjelder særskilt for IPLOS, men har relevans også for annen datasamling og dokumentasjonspraksis.

Det at informantene problematiserte pasientautonomi i sammenheng med kartleggingen, kan gjenspeile både plikten til medvirkning som beskrives i veilederen for IPLOS-kartlegging (Helsedirektoratet, 2015), og fagkulturelle verdier og etiske prinsipper (Norsk sykepleierforbund, 2011). I intervjuene ble ikke medvirkningsproblematikk ved IPLOS-kartlegging sammenlignet med medvirkningsproblematikk i sammenheng med tradisjonell sykepleiedokumentasjon. Det er behov for mer kunnskap om personellens faglige og etiske håndtering av pasientmedvirkning i sammenheng med IPLOS-kartlegging.

«Vanskelige variabler» fortolkes ulikt. Faglig, politisk og lokal omgivelse medierer virkelighetsoppfatninger i de enkelte arbeidslivskulturene (Bruner, 1990). Ansatte på ulike tjenestenivå og innen ulike avdelinger i én og samme kommune kan ha ulike oppfatninger om IPLOS (Andersen, 2012). Erfaringsutveksling under intervjuene viste at det var forskjeller på forståelsen av variablene blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Det kom også frem at de til daglig ikke benytter



begreper som betegner IPLOS-variabler og -verdier. Det kan synes å være utfordrende å tilegne seg forståelse for variabler og verdier, til forskjell fra tradisjonell sykepleiefaglig tenkning og kronologisk dokumentasjon om problemer, skønnsvurderinger og daglig omsorgspraksis (Dahl & Skaug, 2011; Naustdal & Netteland, 2012; Thornquist, 2003).

IPLOS er ikke utviklet med bakgrunn i noen sykepleieteoretisk modell. Tøndel (2011) s 11 sier: «*Systemet representerer et oppdrag designet og gitt av myndighetene, ikledd et helsefaglig kostyme*». Hun argumenterer her for sitt syn på årsakene til at det kan være uenigheter innad i tjenestene om systemets kvalitet (op.cit.). Andre grunner til mangelfull forståelse av kartleggingsverktøyet kan bunne i for liten kunnskap om funksjonsmålinger og kartleggingssystemer for helse og funksjon (Romøren, 2001; WHO, 2001). Mangel på omforent forståelse av det faglige begrepsapparatet hos ansatte i praksisfeltet kan muligens skape problemer for de som skal gjennomføre IPLOS-kartlegging. Kartlegging med vurdering av tallverdier for assistansebehov kan muligens være uvant, til forskjell fra daglig bruk av skjønn (Thornquist, 2003). Deltakerne på fokusgruppene ga uttrykk for skepsis omkring kvaliteten på det som dokumenteres via IPLOS og den videre bruken av dette på ledelsesnivå. Det indikerer behov for mer forståelse om verktøyet og forståelse for bruk av variabler og verdier i denne kommunen.

IPLOS som kartleggingsverktøy ble innført fra 2006 (Helsedirektoratet 2015; Vabo, 2014), og implementeringen ser ut å ta lang tid. Implementeringsprosesser i helsetjenesten der målet er at ansatte utvikler ekspertise basert på en dypere forståelse krever langvarig og systematisk tilnærming, og tilrettelegging for erfaringslæring i organisasjonen (Benner & Wrubel, 1989; Brataas & Haugan, 2010). Dette gjelder prosesser der det faglige grunnlaget er godt forankret. IPLOS-kartlegging er en ny aktivitet fra 2006, og grunnlaget for kartleggingen har ikke forankring i tradisjonell sykepleietenkning. Forståelse og kompetanse for gjøre IPLOS-kartlegginger kan følgelig medføre mer omfattende læreprosesser (Tøndel, 2011). Kompetanse innebærer at personellet har tilegnet seg relativt stabile egenskaper for å møte de spesifikke kravene som stilles til den nye aktiviteten (Brezinka W, 1988), noe som fordrer øving. Læring som fører til endret kartleggingskompetanse innebærer komplekse prosesser. IPLOS-kartlegging synes å forde at den enkelte ansatte, men også helsepersonellet samlet utvider sitt tankesett og praksis. De skal kunne beherske både tradisjonell problemløsning, skjønn og journaldokumentasjon (Dahl & Skaug, 2011; Naustdal & Netteland, 2012; Thornquist, 2003) og ny IPLOS-kartleggingspraksis. Inn i den tradisjonelle «praxis» med arbeidslivskulturens måten å tenke, vurdere, dokumentere og handle på, forventes de nå å endre praksis (Bruner, 1990; Gordon et al., 1996).

Våre funn peker på noen gunstige forutsetninger for praksisendringen. For det ene kartlegger deltakerne to og to sammen, og de synes å tilstrebe et forståelsesfellesskap (Guldbrandsen, 1996). De lærer individuelt, men også sammen (Jacobsen & Thorsvik, 2013). For det andre gir informantene også uttrykk for positive holdninger til IPLOS-kartleggingen. Til tross for at de var kritiske til kvaliteten på kartleggingen, prøvde de å gjennomføre den. Våre funn viser at de også følte på at de burde kartlegge oftere. Selv om kartleggingen var vanskelig, fremkom positive holdninger til endring. Det er selvsagt en fordel når personalet skal tilegne seg den nye kartleggingskompetansen (Kaufmann & Kaufmann, 2009).

En forutsetning for å lykkes med innføring av en ny praksis er en ledelse som er både visjonær og realistisk og legger til rette for læreprosesser (Senge, 2006; Senge et al., 1999). Ledelse som iverksatte seminardager med foredrag og dialog-kafé la til rette for læreprosesser hos deltakerne. Tiltaket var verdsatt, men erfaringen av læringseffekten varierte. Dessuten savnet deltakerne oppfølging. Vi fant en mangel på strukturering og tilrettelegging på organisatorisk nivå for ansattes læreprosesser over tid, etter at prosjektet med opplæring og dialogseminarer var gjennomført i denne kommunen.

For å lykkes med kompetanseutvikling og endret «praxis», ser det ut til å være behov for strukturelle og organisatoriske betingelser for læreprosesser som strekker seg over tid (Senge et al., 1999; Strømfors & Edland-Gryt, 2013). Informantene hadde selv noen tanker om tilrettelegging for kartlegging og erfaringslæring på arbeidsplassen, blant annet bruk av avdelingsmøter til

erfaringsutveksling, refleksjon og erfaringslæring (Benner, Sutphen, Leonard, & Day, 2009). En ser behov for strukturering av arbeidsdagene, slik at det legges til rette tid for kartleggingsaktiviteten og tid for refleksjon og erfaringslæring. Læring i organisasjoner er kontinuerlige prosesser.

### Metodediskusjon

Tre forskere har bidratt i datasamling, analyse og diskusjon om informantperspektiver og forskerperspektiver på data, noe som anses som en styrke for studiens troverdighet. Studien var en mindre kvalitativ undersøkelse om forståelse og praksis av IPLOS hos en mindre gruppe helsepersonell i én norsk kommune, og gjenspeiler arbeidslivskulturen på ett enkelt arbeidssted. Resultatene er derfor ikke generaliserbare til andre grupper. Studien var begrenset til tre fokusgrupper, men disse ga et fyldig materiale om egenskaper ved erfaringer med kartleggingsfenomenet i sin kommune.

Informantene ga synspunkter om IPLOS som norsk register- og kartleggingsverktøy. Synspunktene kan sammenlignes med synspunkter hos ansatte i andre kommuner, og kan derved få betydning for utvikling av en mer kunnskapsbasert praksis på området.

### Konklusjon

Tilegnelse av kartleggingskompetanse syntes å forutsette erfaringslæring, øving over tid, og samarbeid om endring, tenkemåter og praksiser. IPLOS-kartlegging i den kommunen vi undersøkte var ikke integrert i daglige arbeidsoppgaver på slik måte at det inngikk naturlig i daglige aktiviteter.

Vi ser behov for mer kunnskap om kartleggingspraksiser i helse- og omsorgstjenestene, og kunnskap om helse- og omsorgssektoren som læringsarena for personellens tilegnelse av relevant profesjonell kompetanse. Et uavklart spørsmål i denne sammenhengen er hvordan tenkning som ligger til grunn for henholdsvis tradisjonell sykepleiedokumentasjon og ny IPLOS-kartlegging kan forstås og integreres hensiktsmessig i pleie- og omsorgstjenesten.

## REFERANSER

- Andersen, M. (2012). *En kartlegging av relevante og praksisnære problematikker knyttet til implementering av IPLOS i norske kommuner. Sluttrapport fra en pilotstudie*. Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 1/2012. Gjøvik : Senter for omsorgsforskning. Hentet fra [http://www.nb.no/idtjeneste/URN:NBN:no-bibsys\\_brage\\_27997](http://www.nb.no/idtjeneste/URN:NBN:no-bibsys_brage_27997)
- Arnlin, M. H., Brege, K. G., Åberg-Wistedt, A., Bejhed, L., Gårdmark, S., Kron, B., . . . Stymne, B. (2001). Individbaserade vårdregister en hjälp vid verksamhetsuppföljning. *Läkartidningen*, 98(1-2), 25-29.
- Asbury, J.-E. (1995). Overview of focus group research. *Qualitative Health Research*, 5(4), 414-420.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2009). *Educating nurses: A call for radical transformation* (Vol. 15): John Wiley & Sons.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring : stress and coping in health and illness*. Menlo Park, Calif: Addison-Wesley.
- Brataas, H. V. (2001). Fokusgrupper –en kvalitativ forskningsmetode. *Tidsskriftet sykepleien*, 14, 54-55.
- Brataas, H. V., & Haugan, N. (2010). Health personnels' perspectives on the development of interdisciplinary cooperation in new hospital department. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 5(2), 30-45.
- Brezinka W. (1988). *Competence as an aim of education*. I : Spiecker, B. And Straugghan, R. (ed.), Philosophical issues in moral education and development, s 75-90. Philadelphia: Milton Keynes, Open University Press.
- Bruner, J. S. (1990). *Acts of meaning* (Vol. 3). Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Dahl, K., & Skaug, E. (2011). Kapittel 9: Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I N. J. Kristoffersen. F. Nordtvedt & E.A Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie*, bind 2 (s. 15-60). Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Engarås, B., & Hanson, J. (2005). På väg mot individbaserad uppföljning av resultat i vård och omsorg. *Läkartidningen*, 102 (14), 1034-1035.
- Forskrift om IPLOS-registeret. (2006).
- Gordon, S., Benner, P., & Noddings, N. (1996). *Caregiving : readings in knowledge, practice, ethics, and politics*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Greenbaum, T. L. (1998). *The handbook for focus group research*: Thousand Oaks, California : Sage Publications.
- Guldbrandsen. (1996). Utgangspunktet er praksis–hva ellers? . In O. Dysthe (Red.), *Ulike perspektiv på læring og læringsforskning*, s. 174-197. Oslo: Cappelen akademisk forlag, cop. 1996.
- Hallem, U., Bjerkan, J., & Brataas, H. (2012). *IPLOS som sykepleiefaglig vurderingsverktøy: Behov for og nytte av kompetansehevede utviklingsarbeid*. Rapport nr. 80, Høgskolen i Nord-Trøndelag. Steinkjer : Høgskolen i Nord-Trøndelag. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/146297>
- Helsedirektoratet. (2014). IPLOS e-læringskurs. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/iplos-registeret/iplos-e-leringskurs>
- Helsedirektoratet. (2015). IPLOS. *Veileder for personell i kommunale helse- og sosialtenester*. IS-1112. Oslo : Helsedirektoratet.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kaufmann, G., & Kaufmann, A. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kolb, D. A. (2014). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*: Upper Saddle River : FT press.
- Kruuse, E. (2007). *Kvalitative forskningsmetoder i psykologi og beslægtede fag* (6. udg.). København: Dansk psykologisk Forlag.
- Lai, L. (2004). *Strategisk kompetansestyring* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Naustdal, A.-G., & Netteland, G. (2012). Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. *Sykepleien forskning*, 7(3), 270-279.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/113944/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf>
- Paavola, S., Lipponen, L., & Hakkarainen, K. (2004). Models of innovative knowledge communities and three metaphors of learning. *Review of educational research*, 74(4), 557-576.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2013). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.
- Romøren, T. I. (2001). *Den fjerde alderen : funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Senge, P. (2006). *The fifth discipline : the art and practice of the learning organization* ([Rev. and updated]. ed.). New York: Currency/Doubleday.
- Senge, P., Kleiner, A., Roberts, C., Ross, R., Roth, G., Smith, B., & Guman, E. C. (1999). *The dance of change: The challenges to sustaining momentum in learning organizations*. 38, 55-58.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. In J. Smith (Ed.), *Qualitative psychology. A practical guide to research methods* (pp. 53-80). London: Sage publications.
- Strømfors, G., & Edland-Gryt, M. (2013). *Jeg visste ikke at jeg kunne så mye : praksisrefleksjon på arbeidsplassen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen : Fagbokforlaget.
- Tøndel, G. (2011). Å telle assistansebehov ; en kvalitativ studie av individbasert pleie- og omsorgstatistikk i praksis. *Geriatrisk sykepleie*, 3(1), 4-8.
- Vabo, G. (2014). *Dokumentasjon i sykepleie* (2. utg. red). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Vee, T. S., & Hestetun, M. (2009). Struktur og rutinar,—naudsynte føresetnader for å sikra sjukepleie—dokumentasjonen. *Nordic Journal of Nursing Research*, 29(3), 50-52.
- WHO. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. Geneva : World Health Organization.